

# Keisersnitt på eget ønske

*Hvem er de og hvorfor ønsker de keisersnitt?*

**Aase Serine Devold Pay**



Masteroppgave i sykepleievitenskap ved Det medisinske  
fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

**UNIVERSITETET I OSLO**

Juni 2008



# **INNHALDSFORTEGNELSE**

<b>ARTIKKEL.....</b>	<b>1</b>
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>21</b>
<b>SAMMENDRAG PÅ NORSK.....</b>	<b>23</b>
<b>SAMMENDRAG PÅ ENGELSK.....</b>	<b>24</b>
<b>REFLEKSJONSOPPGAVE.....</b>	<b>25</b>
<b>KILDELISTE.....</b>	<b>51</b>

# **VEDLEGG**

Vedlegg I: Vård i Norden – Guidelines	21
Vedlegg II: Praktisk veiledning for publisering i Vård i Norden	22

## TABELLER OG FIGURER

Tabell 1:	Indikasjoner for keisersnitt (fødselsdatabase UUS)	6
Tabell 2:	Karakteristikk av utvalget	8
Tabell 3:	Grunn for keisersnitt	9
Tabell 4:	Grunn for keisersnitt flergangsfødende med tidligere keisersnitt/uten tidligere keisersnitt	10
Tabell 5:	Verdens helseorganisasjons Europaavdeling ti prinsipper for perinatal omsorg	40



# ARTIKKEL

## Keisersnitt på grunn av eget ønske

(Caesarean on maternal request)

### Abstract.

*Background.* Caesarean section rates over the past decades have caused much concern; especially caesarean section on maternal request has been debated among healthcare professionals. The purpose of this study was to investigate women with normal pregnancies undergoing caesarean section on maternal request (in the absence of medical indication). The focus of the investigated variables were age, parity, ethnicity, previous caesarean delivery and reason for the request. *Methods.* This was a retrospective study that used information provided by a local birth register from Norway's largest delivery unit. A total of 149 women who had undergone a caesarean section on maternal request were included, presenting 12 % of all caesarean deliveries at the hospital during the study period. *Results.* The women requesting a caesarean tended to be older, multipara and from a western country with a previous caesarean delivery and a negative delivery experience. Fear of childbirth was also often reported. A significant difference regarding fear of childbirth, preference for caesarean and macrosomia was found between the primipara and the multipara. *Conclusion.* The most frequent reasons for obtaining caesarean section on maternal request were previous negative birth experience and fear of child birth.

**Key words:** caesarean section, maternal request, fear of childbirth

## Introduksjon

Årlig utføres over 9000 keisersnitt i Norge (1). Keisersnittfrekvensen har de senere år vært økende og forårsaker bekymring blant helsepersonell (2). I England har det vært en økning i keisersnittfrekvens fra 2 % av alle fødsler i 1953, 18 % i 1997 og til 23,5 % i 2006 (3). I Norge skjedde 2 % av alle fødsler ved keisersnitt i 1970, mens andelen var steget til 16,4 % i 2006 (4). I USA nådde keisersnittsandelen 31,1 % i 2006 (5). Noe av økningen i andelen keisersnitt kan forklares, men det er også ukjente bakenforliggende faktorer. En del av økningen kan blant annet tilskrives en økende andel keisersnitt ved seteleie (6). I tillegg til medisinske årsaker er det også en rekke faktorer som øker sannsynligheten for keisersnitt, slik som økende gjennomsnittsalder hos mødrene, økende antall førstegangsfødende, økende antall flerfødsler og at et stadig økende antall kvinner har hatt ett eller flere keisersnitt tidligere (7).

Økningen i antall keisersnitt kan ikke alene forklares ved de overnevnte endringer i populasjonen av gravide kvinner eller en økende bruk av keisersnitt ved seteleie. I en norsk undersøkelse har man sett at et økende antall kvinner uten medisinsk eller obstetrisk indikasjon forløses med keisersnitt og man antar at dette kan tilskrives ”mors ønske”(8). I Norge er det imidlertid vanskelig å presentere valide tall på keisersnitt på grunn av eget ønske og en eventuell utvikling, da det ikke er enighet om hva begrepet ”mors ønske” dekker som indikasjon for keisersnitt. I Danmark har man valide tall på keisersnitt på grunn av eget ønske og man ser en økning i frekvens (9). Den danske Sundhetsstyrelsen startet i 2005 et prosjekt for blant annet å finne årsaken



til økningen i keisersnitt uten medisinsk indikasjon. En av konklusjonene i rapporten er at hele 80 % av keisersnittene som foretas i Danmark med indikasjon ”etter eget ønske”, gjelder kvinner som har født før og som har en dårlig fødselsopplevelse. Andre grunner til at kvinner ber om keisersnitt er psykiske lidelser eller angst for å føde vaginalt.

Dette bildet stemmer godt overens med hva man ellers finner i internasjonal litteratur om de kvinner som ønsker keisersnitt (10). Kjente årsaker og faktorer assosiert med selvbestemt keisersnitt er alder over 35 år, tidligere elektivt/akutt keisersnitt, tidligere negativ fødselsopplevelse, en komplisert graviditet og fødselsangst. Det sees sammenheng mellom sosioøkonomiske forhold som arbeidsløshet, røyking og immigrant status (11-13). Lav utdanning og lav inntekt er assosiert med en høyere andel av kvinner som ønsker selvbestemt keisersnitt (14). Denne gruppen av kvinner viser seg også å ha flere depressive symptomer i graviditeten (15).

Å ivareta den normale fødselsprosessen er i dag en av utfordringene i den perinatale omsorgen i Europa. I 1998 utarbeidet Verdens helseorganisasjon Europaavdelingen ti prinsipper for perinatal omsorg (16). Her anføres at omsorgen i det normale svangerskap og fødsel skal være demedikalisert. I dette ligger at den grunnleggende fødselsomsorg skal gis med kun de helt nødvendige inngrep. Keisersnitt er en kompleks hendelse som kan forårsake alvorlige konsekvenser både for kvinnen og barnet (17;18). En økende keisersnittfrekvens medfører også økte kostnader for

samfunnet. En systematisk rapport som omhandler de økonomiske aspekter ved ulike former for forløsning, viser at korttidskostnadene ved et keisersnitt er 1,5-3 ganger større enn en vaginal forløsning (19).

Disse forhold legitimerer en søken etter kunnskap som er relevant i forhold til den økende keisersnittandelen. Ved Kvinneklubben, Ullevål universitetssykehus HF (UUS) har det vært god oversikt over antall keisersnitt og type (elektivt versus akutt) fra egen fødselsdatabase, men der er generelt lite samlet kunnskap om de kvinner som får utført keisersnitt på indikasjon ”eget ønske”. Det er behov for valide tall for omfanget, slik at utviklingen med et økende antall keisersnitt kan følges og årsaker klargjøres. Hensikten med denne studien var å kartlegge antall kvinner som hadde fått utført keisersnitt på eget ønske ved UUS i studieperioden og å identifisere bakgrunnsfaktorer for ønsket.

## **Materiale og metode**

Studien er en retrospektiv register studie der kvinneklubben på UUS sin fødselsdatabase for 1.1.2006 – 31.12.2006 ble anvendt for å identifisere alle tilfeller av utførte keisersnitt på grunn av kvinnens eget ønske. Sykehuset hvor studien ble utført er lokalisert i Oslo, er Norges største fødeavdeling og består av tre fødeavdelinger med totalt ca 6500 fødsler pr år. Keisersnittandelen ved sykehuset inkludert

førstegangsfødende og flergangsfødende var i 2006 19,1 % av totalt 6558 fødsler.

Planlagte (elektive) keisersnitt ble utført i 43,9 % av totalt 1255 keisersnitt (20).

De grupper av kvinner som er inkludert i studien er kvinner hvor det i utgangspunktet ikke forelå kjente medisinske eller andre kompliserende faktorer som indikasjon for et keisersnitt. Studien inkluderte kvinner som hadde fått utført elektivt- og akutt keisersnitt på grunn av eget ønske med et barn i hodepresentasjon uke 37 eller senere. Grupper av sectioforløste som ble ekskludert fra studien var gravide med fostre i abnorme posisjoner (dvs. alt annet enn hodeleie), inklusive setepresentasjoner og flerlinggravide samt gravide med preterme fødsler (fødsel før uke 37).

Data ble innhentet fra klinikkens fødselsdatabase og elektronisk journal.

Fødselsdatabasen inneholder data fra alle forløsninger ved sykehuset og er fylt inn av jordmor. For hvert keisersnitt er indikasjon valgt fra en liste på 20 spesifiserte indikasjoner (tabell I). "Pasienten ønsker sectio/fødselsangst" gruppen inkluderer kvinnene hvor det er utført keisersnitt i fravær av en konvensjonell medisinsk diagnose. Følgende variabler ble analysert: Paritet Alder, Etnisitet, Tidligere keisersnitt, Registrert årsak.

Tabell I. Indikasjoner for keisersnitt (UUS fødselsdatabase)

Indikasjoner
Protrahert forløp stadium 1
Protrahert forløp stadium 2
Abruptio placenta
Navlesnorfremfall
Truende asfyxi ”dårlig fosterlyd”
Prematurt seteleie
Seteleie (inkludert trangt bekken, føtter foranliggende)
Tverleie
Eklampsi/preeklampsi
Placenta praevia
Amnionitt
Patologisk doppler
Blødning
Seccio pga tidligere seccio
Tidligere operert på uterus
Intern cerclage
Pasienten ønsker seccio/fødselsangst
Mislykket induksjon
Annet
Mekanisk misforhold/trangt bekken

Dataene i denne studien ble analysert ved hjelp av SPSS. Forekomst av keisersnitt på grunn av eget ønske er analysert ved hjelp av deskriptiv statistikk. For å sammenlikne grupper ble det brukt khikvadrattester og t-tester. Alle p-verdier gitt i studien er tosidig, og det er benyttet et 5 % signifikansnivå. Studien var en anonymisert

produktkontroll hvor det ble foretatt en opptelling av kvinner med en viss diagnose. Anonyme data ble registrert og analysert. Før studiens oppstart ble lokal godkjenning av studien og tillatelse til bruk av fødeklinikkens database og elektronisk journal innhentet. Studien inneholder ikke personsensitive data og er derfor ikke meldt til personvernombudet. Studien faller dessuten innenfor spesialisthelsetjenestens krav til ”produktkontroll/kvalitetssikring”, uten kontakt med pasienter og er derfor heller ikke meldt REK, i tråd med dagens lovverk.

## **Resultater**

### *Prevalens*

Antallet av kvinner registrert i Kvinneklinikkens fødselsdatabasen under koden ”pasientens eget ønske” utgjorde i størrelsesorden 195 i perioden 01.01.2006-31.12.2006, hvorav 149 kvinner oppfylte inklusjonskriteriene. Dette utgjorde 11,9 % (N=149) av klinikkens totalt antall utførte keisersnitt (N=1255) i studieperioden (27 % av klinikkens elektive keisersnitt), tilsvarende 2,3 % av alle fødsler ved UUS.

### *Karakteristikk av utvalget*

Av de 149 kvinnene som ble inkludert i analysen var 28,9 % førstegangsfødende og 71,1 % flergangsfødende. Gjennomsnittelig alder var 33,5 år (range 19-45), 85,9 % av kvinnene kom fra et vestlig land. Utvalget inneholdt flere kvinner fra et vestlig land

( $p=0,027$ ), en større andel flergangsfødende ( $p<0,001$ ) og en høyere gjennomsnittsalder ( $p=0,964$ ) sammenlignet med de 4199 kvinnene som fødte vaginalt med et barn i hodepresentasjon i uke 37 eller senere ved klinikken i samme periode (tabell II).

Tabell II. Karakteristikk av utvalget

Variabel	Keisersnitt eget ønske (2006)	Vaginale fødsler (2006)	<i>p</i>
	( <i>n</i> =149) %	( <i>n</i> =4199) %	
Fra vestlig land	85,9	79,9	0,027
Flergangsfødende	71,1	54,4	<0,001
Alder	33,5 år	31,2 år	0,964

#### *Grunn for keisersnitt førstegangsfødende/flergangsfødende*

Blant førstegangsfødende var fødselsangst den hyppigste årsak til at kvinnen fikk utført keisersnitt ( $n=43$ , 72 %). Andre oppgitte grunner var at kvinnen foretrakk keisersnitt (uten annen grunn) (19 %) eller hadde fått påvist stort barn (9 %). For flergangsfødende var ønsket om keisersnitt for de fleste begrunnet i en dårlig fødselsopplevelse ( $n=106$ , 65 %). Fødselsangst var også en vesentlig bakgrunnsfaktor hos flergangsfødende som ønsket keisersnitt (15 %). Andre bakgrunnsfaktorer var stort barn (6 %), tidligere rift (7 %), muskel- og skjelett plager (1 %) og tidligere sykt/dødt barn (2 %) (tabell III). Blant gruppen førstegangsfødende forekom en statistisk signifikant økt hyppighet av fødselsangst ( $p<0,001$ ), foretrekker keisersnitt ( $p=0,016$ )

og stort barn ( $p=0,024$ ) som bakgrunn for ønsket sammenlignet med gruppen flergangsfødende (tabell III).

Tabell III. Grunn for keisersnitt

	Førstegangsfødende	Flergangsfødende	
Grunn for keisersnitt	n=43 No. (%)	n=106 No. (%)	<i>p</i>
Fødselsangst	31 (72,1)	16 (15,1)	<0,001
Foretrekker keisersnitt	8 (18,6)	5 (4,7)	0,016
Stort barn	4 (9,3)	6 (5,7)	0,024
Dårlig fødselsopplevelse		69 (65,1)	
Tidligere rift		7 (6,6)	
Muskel/skjelett plager		1 (0,9)	
Tidligere sykt/dødt barn		2 (1,9)	

*Grunn for keisersnitt flergangsfødende med tidligere keisersnitt/ uten tidligere keisersnitt*

Studien viste at 55,7 % av de flergangsfødende som hadde fått utført keisersnitt på grunn av eget ønske også fikk foretatt keisersnitt i en tidligere graviditet.

Tabell IV. Grunn for keisersnitt flergangsfødende med tidligere keisersnitt/uten tidligere keisersnitt

	Tidligere keisersnitt	Ikke tidligere keisersnitt	
Grunn for keisersnitt	(n=59) No. (%)	(n=47) No. (%)	<i>p</i>
Dårlig fødselsopplevelse	34 (57,6)	35 (74,5)	0,100
Fødselsangst	11 (18,6)	5 (10,6)	0,288
Foretrekker keisersnitt	4 (6,8)	1 (2,1)	0,379
Stort barn	6 (10,2)	0 (0)	0,033
Tidligere rift	2 (3,4)	5 (10,6)	0,237
Muskel/skjelett plager	1 (1,7)	0 (0)	1,00
Tidligere sykt/dødt barn	1 (1,7)	1 (2,1)	1,00

I studien fremkom ingen signifikante forskjeller i bakgrunnsfaktorer når det gjaldt dårlig fødselsopplevelse, fødselsangst, foretrekker keisersnitt, rift, muskel/skjelett eller sykt/dødt barn for at flergangsfødende med tidligere keisersnitt valgte keisersnitt i forhold til flergangsfødende uten tidligere keisersnitt. I motsetning til dem som ikke hadde hatt keisersnitt tidligere, var stort barn angitt signifikant oftere som bakgrunn for ønsket om keisersnitt hos flergangsfødende med tidligere keisersnitt.

## Diskusjon

Den overordnede hensikt med prosjektet var å studere friske kvinner med ukompliserte svangerskap hvor det ble utført keisersnitt på grunn av kvinnens ønske. Studiens fokus var paritet, alder, etnisitet, tidligere keisersnitt, grunn for keisersnitt. Særlige forhold ved UUS, slik som storbyforhold og stor ikke-vestlig immigrantandel, kan imidlertid



gjøre seg gjeldende i forhold til andre fødesteder i Norge, og resultatene kan derfor ikke uten videre generaliseres til resten av landet. En svakhet ved studien er at den er retrospektiv. Data innhentet fra register/fødselsdatabase må tolkes med forsiktighet da lav variabelspesifisitet, feilklassifisering og forskjellig registreringspraksis hos den enkelte jordmor og gynekolog kan ha påvirket resultatet. Fordelen ved å gjennomføre en registerstudie er at allerede eksisterende data for større grupper kan benyttes. På den måten kan problemstillinger belyses som det ville være både praktisk og vanskelig å ta opp i studier basert på egen prospektiv datainnsamling. Tross usikkerheten forbundet med en registerstudie støtter analysen internasjonale resultater.

*I hvilken grad bidrar kvinnens ønske til den samlede keisersnittfrekvens?*

Ved UUS var den totale keisersnittfrekvens i 2006 19,1 % av totalt 6558 fødsler (20). Klinikken mottar en stor andel fødende kvinner med økt risiko for komplikasjoner for mor og/eller barn og dermed økt behov for keisersnitt. Optimalt nivå for keisersnitt er ikke kjent, men andelen har økt de senere årene og var i 2006 på 16,4 % på landsbasis. Studier viser at det forekommer betydelige variasjoner i hyppighet av keisersnitt ved ellers sammenlignbare fødeavdelinger i Norge (21). For eksempel har Sentralsykehuset i Rogaland i mange år hatt lav keisersnittandel, samtidig som også sykehuset er et henvisningssykehus for risiko pasienter. Noen av variasjonene kan forklares i forhold til pasientpopulasjonen, men det er også ukjente bakenforliggende faktorer som for eksempel variasjoner i medisinsk praksis (policy) ved avdelingen og andel keisersnitt på grunn av eget ønske.

I vår studie utgjorde keisersnitt på grunn av eget ønske 11,9 % (N=1255) av klinikkens totale antall utførte keisersnitt, tilsvarende 2,3 % av alle fødsler. Dette viser at langt størstedelen av de gravide ønsker å føde uten keisersnitt. Det er funnet flere studier som belyser kvinnens foretrukne fødselsmåte og det indikeres at den klart foretrukne måten er den vaginale fødsel (22;23). Keisersnitt på grunn av eget ønske utgjorde altså kun en liten del av det totale antall fødsler ved klinikken, men utgjorde hele 12 % av totalt utførte keisersnitt og kan derfor ha vesentlige konsekvenser i forhold til negative komplikasjoner for mor og barn, i tillegg til en ekstra økonomisk belastning for samfunnet.

#### *En profil av kvinner med keisersnitt på grunn av eget ønske*

Vi fant at kvinner som hadde fått utført keisersnitt på grunn av eget ønske avvek fra dem som hadde født vaginalt i samme periode når det gjaldt alder, etnisitet og paritet. De var eldre, de var i hovedsak fra et vestlig land og majoriteten av kvinnene var flergangsfødende. Kvinner med en vaginal fødsel var i gjennomsnitt 31,2 år sammenlignet med 33,5 år i keisersnittgruppen (på grunn av eget ønske). Forskjellen kan forklares ved at Keisersnittgruppen inneholdt et større antall flergangsfødende kvinner, og kan derfor ikke relateres primært til kvinnens ønske om keisersnitt. Kvinner i keisersnittgruppen var også i større grad fra et vestlig land. Det er sannsynlig at kulturell bakgrunn kan påvirke ønsket om keisersnitt. I enkelte land er keisersnitt forbundet med god helse og god økonomi. I andre land kan inngrepet representere en fare for kvinnens liv.

### *Bakgrunnsfaktorer*

Studien viste at flertallet av de kvinner som hadde fått utført keisersnitt på grunn av eget ønske hadde et tidligere keisersnitt og en tidligere dårlig fødselsopplevelse.

Fødselsangst var også en vesentlig bakgrunnsfaktor for valget av keisersnitt. Dette funnet er i overensstemmelse med de faktorer som hos flergangsfødende predikerer et ønske om planlagt keisersnitt; tidligere elektivt/akutt keisersnitt, tidligere negativ fødselsopplevelse, en komplisert graviditet og fødselsangst (24). Andre bakgrunnsfaktorer for ønsket om keisersnitt var ”foretrekker keisersnitt” (ingen annen grunn oppgitt), stort barn, rift, muskel/skjelett plager, tidligere sykt/dødt barn.

### *En tidligere dårlig fødselsopplevelse*

En dårlig fødselsopplevelse var bakgrunn for ønsket om keisersnitt hos 65 % av gruppen flergangsfødende kvinner. Det er mulig at disse kvinnene har opplevd uventede komplikasjoner som et akutt keisersnitt eller en instrumentell vaginal forløsning. Det er også mulig at helsepersonell til en viss grad har unnlatt å gi god støtte til kvinner i fødsel. Forskning understreker betydningen av integritet og autonomi i fødsels situasjonen (25;26). Samsvar mellom kvinnens behov for hjelp og helsepersonellens omsorgshandlinger er grunnlaget for kvinnens fødselsopplevelse.

Kliniske studier viser at en mer fleksibel, mindre rutinepreget og personlig omsorg kan øke samsvaret mellom kvinnens forventninger til fødselen og fødselens realiteter (27).

*Fødselsangst*

Av førstegangsfødende kvinner som hadde fått utført keisersnitt på grunn av eget ønske oppgav 72 % fødselsangst som bakgrunnsfaktor. I studien forekom fødselsangst vesentlig hyppigere blant førstegangsfødende (72 %) kvinner sammenlignet med flergangsfødende (15 %). En undersøkelse fra Danmark viser tilsvarende resultat (28). Mulig forklaring på resultatet kan være at førstegangsfødende kvinner møter en ukjent situasjon som de vanskelig kan forutsi. Studier viser at angstbegrepet kan relateres til ulike forhold, men er for førstegangsfødende kvinner typisk relatert til forestillinger om smerte, fødselsrelaterte skader, akutt keisersnitt, manglende tillit til helsepersonalet og konsekvenser for familielivet. Utover disse forhold preges både førstegangsfødende og flergangsfødende av angst for kontrolltap, for alvorlige hendelser som gjelder kvinnen selv, barnet eller de begge (29). Det er foreslått psykisk støtte til disse kvinnene (30), hvilket er vist å kunne redusere antallet ikke medisinske keisersnitt og frykten for fødsel. En norsk studie undersøkte sammenheng mellom ”mors ønske” om keisersnitt, fødselsangst og samtale terapi (31). Studien konkluderte med at psykologisk intervensjon reduserte antallet ikke medisinske keisersnitt og frykten for fødsel.

### *Foretrekker keisersnitt*

”Foretrekker keisersnitt” (ingen annen grunn oppgitt) forekom hos 18,6 % førstegangsfødende og 4,7 % flergangsfødende kvinner. Denne gruppen kvinner er av spesiell interesse da de ønsker keisersnitt uten å oppgi annen grunn. Enkelte hevder at dette er kvinner som må ha mest mulig kontroll over det de gjør, også fødselen og som derfor krever keisersnitt (2). Dagens kvinner er vant til å kreve sin rett, vurdere ulike tilbud og oppføre seg som kunder som forventer en ”vare”, dvs. et barn. Våre data kan imidlertid ikke underbygge overnevnte påstand og eventuelle bakenforliggende årsaker trenger å bli nærmere studert. Det er mulig at bakgrunnsfaktoren ”foretrekker keisersnitt” kan skjule en invalidiserende fødselsangst som ikke er identifisert av lege eller jordmor. En prospektiv studie kunne sannsynligvis ha besvart dette spørsmålet.

### *Stort barn*

Vi fant at stort barn var bakgrunn for ønsket hos 9,3 % av gruppen førstegangsfødende kvinner, 5,7 % hos flergangsfødende. Blant gruppen flergangsfødende var stort barn som bakgrunnsfaktor kun oppgitt hos de som tidligere hadde gjennomgått et keisersnitt. Det er sannsynlig at et ønske om keisersnitt, vil foruten å være påvirket av psykiske forhold hos den gravide, også være påvirket av tidligere erfaringer, oppfatninger og holdninger hos både den gravide og obstetriker. Hvilken informasjon kvinnen har mottatt på forhånd i sitt møte med helsevesenet kan også påvirke hennes valg av forløsningsmetode. En studie utført i USA rapporterer at 84,5 % av obstetrikere i undersøkelsen er positive til å utføre selvbestemt keisersnitt. Motivasjon

for å etterkomme kvinnens ønske var blant annet bekymring for fosterskader/død, frykt for vaginale forløsninger og frykt for skade av endetarmsmuskulatur (32).

#### *Tidligere rift, muskel/skjelett plager, tidligere født sykt/dødt barn*

I vår studie utgjorde bakgrunnsfaktorene; tidligere rift, muskel/skjelett plager, tidligere født sykt/dødt barn kun en liten andel. Det ble ikke funnet andre studier som beskrev disse bakgrunnsfaktorene.

### **Konklusjon og praktisk betydning**

Det er fremdeles langt størstedelen av de gravide som ønsker å føde vaginalt, noe som også blir bekreftet i denne analysen. Keisersnitt på grunn av eget ønske er ved Ullevål universitetssykehus 11,9 % av totalt 1255 utførte keisersnitt, tilsvarende 2,3 % av alle fødende ved klinikken. Studien viste at de kvinner som fikk utført keisersnitt på grunn av eget ønske var eldre, de var i hovedsak fra et vestlig land og majoriteten av kvinnene var flergangsfødende.

Å føde barn er en stor begivenhet i menneskers liv. For mange kvinner kan imidlertid fødselen fremstå som både utrygg, ukontrollerbar og krenkende. Studien antyder at keisersnitt på grunn av eget ønske kan være en reaksjon på underliggende

psykologiske problemer eller opplevelser. De kvinner som ønsket keisersnitt uten annen grunn er en gruppe som bør studeres nærmere.

Det er vesentlig å forebygge ønsket om keisersnitt ved å sikre gode førstegangsopplevelser. Et annet vesentlig punkt er den informasjonen som ligger til grunn for kvinnens ønske om keisersnitt. Et prioritert mål ved perinatalomsorgen er å gjøre kvinnen i stand til å ta informerte valg om alle aspekter ved omsorgen (16).

Leger og jordmødre bør bringe den beste tilgjengelige forskningsbaserte kunnskapen videre til brukeren. Kvinner som ønsker keisersnitt skal informeres om risiko/komplikasjoner forbundet med inngrepet både for mor og barn. Unødvendige og ineffektive tiltak bør unngås.

## Referanseliste

- (1) Medisinsk fødselsregister. Årstabeller. <http://uib.no/mfr/tabellverk/aarsmelding/> 2008
- (2) Øian P, Børdahl PE, Øian P, Børdahl PE. [Increased number of Cesarean sections--an improvement or a problem?]. [Norwegian]. Tidsskr Nor Laegeforen 2003 May 29;123(11):1498.
- (3) National Health Statistics. Maternity Statistics, England:2005-2006. <http://ic.nhs.uk> 2008
- (4) Medisinsk fødselsregister.Årstabeller. <http://www.uib.no/mfr/tabellverk/aarsmelding/tabelloversikt.html> 2008
- (5) National Center for Health Statistics. Preliminary Birth for 2006: Infant and maternal health. <http://cdc.gov/nchs/data> 2008
- (6) Backe B, Heggstad T, Lie T. [The epidemic of Caesarean section: has it reached Norway?]. [Norwegian]. Tidsskrift for Den Norske Laegeforening 2003 May 29;123(11):1522-4.
- (7) Kolas T, Hofoss D, Daltveit AK, Nilsen ST, Henriksen T, Hager R, et al. Indications for cesarean deliveries in Norway. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2003 Apr;188(4):864-70.
- (8) Kolas T, Hofoss D, Daltveit AK, Nilsen ST, Henriksen T, Hager R, et al. Indications for cesarean deliveries in Norway. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2003 Apr;188(4):864-70.
- (9) Bergholt T, Ostberg B, Legarth J, Weber T. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2004 Mar;83(3):262-6.
- (10) Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. [Review] [91 refs]. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2003 Mar;82(3):201-8.
- (11) Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenstrom U. Few women wish to be delivered by caesarean section. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2002 Jun;109(6):618-23.
- (12) Joseph KS, Young DC, Dodds L, O'Connell CM, Allen VM, Chandra S, et al. Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases



- in primary cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology* 2003 Oct;102(4):791-800.
- (13) Waldenstrom U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2006 Jun;113(6):638-46.
  - (14) Joseph KS, Young DC, Dodds L, O'Connell CM, Allen VM, Chandra S, et al. Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases in primary cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology* 2003 Oct;102(4):791-800.
  - (15) Waldenstrom U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2006 Jun;113(6):638-46.
  - (16) WHO. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1996.
  - (17) Jackson N, Paterson-Brown S. Physical sequelae of caesarean section. [Review] [65 refs]. *Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2001 Feb;15(1):49-61.
  - (18) Salam MT, Margolis HG, McConnell R, McGregor JA, Avol EL, Gilliland FD. Mode of delivery is associated with asthma and allergy occurrences in children. *Annals of Epidemiology* 2006 May;16(5):341-6.
  - (19) Henderson J, McCandlish R, Kumiega L, Petrou S. Systematic review of economic aspects of alternative modes of delivery. [Review] [61 refs]. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2001 Feb;108(2):149-57.
  - (20) Ullevål universitetssykehus HF. Driftsstatistikk fra fødeavdelingen. [http://www.ullevaal.no/driftsstatistikk fra fødeavdelingen.html](http://www.ullevaal.no/driftsstatistikk%20fra%20fødeavdelingen.html) 2008
  - (21) Folkehelseinstituttet. Fakta om keisersnitt. <http://www.fhi.no/keisersnitt/faktaark> 2008
  - (22) Aslam MF, Gilmour K, Fawdry RD. Who wants a caesarean section? A study of women's personal experience of vaginal and caesarean delivery. *Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2003 Jul;23(4):364-6.
  - (23) Gamble JA, Creedy DK. Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth* 2001 Jun;28(2):101-10.

- (24) Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenstrom U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2002 Jun;109(6):618-23.
- (25) Green JM, Baston HA, Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth* 2003 Dec;30(4):235-47.
- (26) Melender HL, Melender HL. What constitutes a good childbirth? A qualitative study of pregnant Finnish women. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2006 Sep;51(5):331-9.
- (27) Hildingsson I, Schytt E, Gottval K, Waldenstrom U. [Obstetricians and midwives: the frequency of Cesarean sections is too high. A questionnaire performed at the annual meeting on causes of the increase]. [Swedish]. *Lakartidningen* 1921 Mar 7;104(12):946-9.
- (28) Sundhedsstyrelsen CfEoMT. Kejsersnit på moders ønske - en medisinsk teknologivurdering. 2005.
- (29) Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth* 2002 Jun;29(2):101-11.
- (30) Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth can be treated, and cesarean section on maternal request avoided. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(9):1148-9.
- (31) Nerum H, Halvorsen L, Sorlie T, Oian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth* 2006 Sep;33(3):221-8.
- (32) Bettes BA, Coleman VH, Zinberg S, Spong CY, Portnoy B, DeVoto E, et al. Cesarean delivery on maternal request: obstetrician-gynecologists' knowledge, perception, and practice patterns. *Obstet Gynecol* 2007 Jan;109(1):57-66.

# VEDLEGG

## Vedlegg nr 1

### *Vård i Norden – Guidelines* *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies*

#### **Guidelines for empirical research papers**

*Vård i Norden/Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies* encourage authors to submit empirical research papers in line with the following guidelines:

- Article length maximum 5000 words, including tables, figures, abstract and references
- Abstract no longer than 200 words and including the following headings; Aim, Background, Methods, Findings and Conclusion

The following organisation of the manuscript is required:

- Introduction that includes rational, context and relevance of researched topic
- Background that includes a substantial and critical review of relevant literature, critical view of theory, concepts or conceptual model used and a conclusion that summarises the review in order to show the status of knowledge development in the chosen field/topic
- The Study organised preferably in the following order: Aim/s, Design/methodology, Sample/participants, Data collection, Reliability and validity issues, Data analysis and Ethical considerations
- Results/Findings should include findings on all research questions/hypothesis. In qualitative studies Findings and Discussion may be integrated.
- Discussion must be related to research questions, literature and theory. It is important to draw attention to new knowledge developed through the study. Discussion should include limitations if applicable.
- Conclusions are made on the basis of findings and adequacy of theoretical framework. Recommendations for practice and/or further research should be included. The Conclusion should not be a summary

#### **Guidelines for Systematic Reviews**

*Vård i Norden* encourage authors to submit systematic reviews in line with the following guidelines:

- Article length maximum 5000 words, including tables, figures, abstract and references.

- Abstract no longer than 200 words and including the following headings; Aim, Background, Methods, Findings and Conclusion.

The following key components in the review process should be clearly stated:

- Purpose and review question
- Search strategies and criteria for inclusion
- Critically appraising of all included studies
- Methods used to combine studies
- Summary of findings

Recommendations supported by the data

#### **Guidelines for short papers**

*Vård i Norden* encourage authors to submit manuscripts to be reviewed as shorter papers. These papers are characterised by:

- Article length maximum 3 000 words, including abstract and references
- One or two figures and/or tables
- Abstract shorter than 200 words with a maximum of four key words

This type of manuscripts should be used for reporting for example:

- Small scale studies/pilot studies/feasibility studies
- Case studies
- Quality improvement studies
- Implementation of research in clinical practice
- Testing of an intervention
- Methodological manuscripts

The following recommendations are required for the organisation of the manuscript (when applicable):

- Introduction with a brief summary of the literature
- Aim, methods, ethical considerations
- Results/findings
- A discussion relating the results to previous research
- Conclusions
- References

## Vedlegg nr 2

## *Praktisk veiledning for publisering i Vård i Norden*

### **Innledning**

Alle har adgang til å publisere i Vård i Norden dersom manuskriptets innhold er relevant for Vård i Nordens formål som er å fremme sykepleievitenskap og omvårdnadsforskning.

Vård i Norden publiserer to typer artikler.

- Vitenskapelige artikler som refereebedømmes
- Andre artikler som pilotstudier, metodeartikler og artikler om evidensbasert sykepleie (tidligere benevnt utviklingsartikler) som vurderes av redaktør/redaksjonskomité.

### **Lengde og lay out:**

Vitenskapelige artikler skal ikke overskride 5.000 ord inkludert abstract, referanser, figurer og tabeller.

Short papers skal ikke overskride 3.000 ord inkludert abstract, referanser, figurer og tabeller.

For artikler som inneholder omfattende tabeller og/eller figurer kan redaksjonen fastsette lavere grenser for antall ord.

Artikler skal skrives med dobbelt linjeavstand. Materialet skal pagineres, men ikke stiftes eller hilles.

Vitenskapelige artikler skal refereebedømmes anonymt og skal derfor ikke inneholde informasjon som kan identifisere forfatter(ne). Slik informasjon skrives på separat ark.

Tabeller bør markeres i «roman numerals», figurer i «arabic numerals». Figurer og tabeller skal settes inn i teksten. Dersom dette ikke er mulig skal plassering i artikkelen angis.

Tvungen linjeskift skal bare brukes ved avsnitt/rubrik og mellom litteraturreferansene. Bruk ikke ordskiller for å skape avstand eller andre effekter. Ved eventuelle innrykk av avsnitt eksempelvis ved sitater skal tabulator brukes. Unngå orddeling.

**Abstract:** Engelskspråklig abstract skal foreligge. Dette skal ikke overstige ca. 200 ord. Det skal også angis 3–5 søkeord (key words).

**Overskrifter:** Artikkelen hovedtittel bør være kort i uthvet skrift. Undertitler skal angis med mindre skrift. Dersom tittelen er på et skandinavisk språk skal engelsk tittel angis.

**Referanser:** Referanser angis etter Vancouversystemet, d.v.s. de gis fortløpende nummer i parentes og føres fortløpende i litteraturhenvisningen.

Eksempel

I tekst:

Nilsson m.fl. (1) anså at ....

I en svensk studie<sup>1</sup> ....

I referanselisten:

1. Nilsson Kajermo K, Nordström G, Krusebrant Å, Björvell H. Barriers to and facilitators of research utilization, as perceived by a group of registered nurses in Sweden. *Journal of Advanced Nursing* 1998;27:798–807.

Mer informasjon om Vancouversystemet kan finnes på Internet: <http://www.icmje.org/index.html>

**Forkortelser:** Forkortelser som brukes må enten være generelt kjente i nordisk sammenheng (eks. WHO) eller angis i full tekst med forkortelse i parentes, denne kan da anvendes i resten av artikkelen (eks. Norsk Institutt for Sykehusforskning (NIS)).

### **Oversending av artikler**

Artikler skal sendes elektronisk via hjemmesiden

[www.vardinorden.org](http://www.vardinorden.org) eller til

[marit.helgerud@sykepleierforbundet.no](mailto:marit.helgerud@sykepleierforbundet.no)

Artikler skal sendes som ett dokument altså selve artikkelen inklusive abstract, figurer, tabeller o.a.

**Medforfatterskap:** Vård i Norden følger Vancouver-reglene som har tre hovedkrav til medforfatterskap.

Medforfattere skal ha bidratt til:

- a) idé og design, eller analyse og tolkning av data
- b) utarbeidelse av tekst eller revisjon av tekst med hensyn til viktig intellektuelt innhold
- c) endelig godkjenning av artikkel for publisasjon.

**Eksklusivitet:** Manuskripter som innsendes skal ikke være publisert tidligere eller være sendt til publisering i annet tidsskrift. Oversettelse av en artikkel ansees ikke som en ny artikkel.

**Eierskap:** Dersom artikkelen er akseptert for publisering eller er publisert i Vård i Norden anses artikkelen som eiet av Vård i Norden. Senere publisasjon av artikkelen i annet tidsskrift må derfor godkjennes av Vård i Norden.

**Korrektur:** Artikkelen vil etter å være satt i trykkeriet bli sendt til forfatter til korrektur. Som en hovedregel vil korrekturen bli sendt via redaksjonen for gjennomgang for å sikre at de oppsatte retningslinjer overholdes, men det er forfatteren selv som er endelig ansvarlig for å kontrollere at de nødvendige rettelser er foretatt av trykkeriet.

**Kopier:** Forfatteren mottar vanligvis gratis to eksemplarer av det nummer av Vård i Norden hvor artikkelen er publisert. Medforfattere får vanligvis tilsendt 1–2 eksemplarer.

J.fr. Vård i Nordens Guidelines på hjemmesiden [www.vardinorden.org](http://www.vardinorden.org).

# SAMMENDRAG PÅ NORSK



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

<b>Navn: Aase Devold Pay</b>	<b>Dato: Juni 2008</b>
<b>Tittel og undertittel:</b>  <b>FORSTÅELSE AV FØDSEL I LYS AV DAGENS FØDSELSOMSORG</b>  <b>Hvordan forstås fødselsprosessen og hvilken betydning har denne forståelsen for en økende keisersnittfrekvens?</b>	
<b>Sammendrag:</b>  <p>Bakgrunnen for refleksjonsoppgaven er egen studie som viste at 12 % av totalt 1255 keisersnitt ble utført på grunn av eget ønske ved Ullevål universitetssykehus i 2006. De kvinnene som fikk utført keisersnitt på grunn av eget ønske var primært flergangsfødende med et tidligere keisersnitt og en dårlig fødselsopplevelse. Fødselsangst var også en hyppig nevnt bakgrunnsfaktor for ønsket om keisersnitt.</p> <p>Formålet med denne oppgaven er å belyse situasjonen fødsel foregår i og hvorvidt forhold ved den kan være av betydning for at kvinner velger å føde sine barn med keisersnitt. Problemstillingen er: Hvordan forstås fødselsprosessen og hvilken betydning har denne forståelsen for en økende keisersnittfrekvens?</p> <p>Problemstillingen er belyst ut fra litteratur om fødselsomsorg og kasuistikk. Diskusjonen tar utgangspunkt i dagens medisinske tilnærming til fødselsprosessen. På dette grunnlag diskuteres et konkret situasjonsbilde relatert til egen studie (artikkel). Diskusjonen dreier seg også om betydningen av en fenomenologisk tilnærming til fødsel.</p> <p>En fødsel er et naturlig fysiologisk fenomen som kvinner over hele verden har erfaring med og tradisjoner for å takle uten medisinsk kompetanse. Men det er samtidig en stor fysiologisk endring som kan føre til alvorlig sykdom og død for mor og barn. Det er viktig å få tak på hvordan dagens fødselsomsorg blir håndtert og forstått. Dette gir mulighet til å forstå hvorfor kvinner velger keisersnitt. Når fødselen overmannes av teknologi og inngripen er en fenomenologisk tilnærming et kritiske korrektiv.</p>	
<b>Nøkkelord: fødselsomsorg, fenomenologi, medikalisering, keisersnitt</b>	

# SAMMENDRAG PÅ ENGELSK



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

<b>Name:</b> Aase Devold Pay	<b>Date:</b> June 2008
<b>Title and subtitle:</b>  <b>UNDERSTANDING OF BIRTH IN LIGHT OF TODAY'S MATERNITY CARE</b>  <b>How are the birth process understood and what impact does this understanding have on an increasingly caesarean rate?</b>	
<b>Abstract:</b>  <p>The background for this project is own empirical work, finding that 12 % of total 1255 caesareans at Ullevål universitetssykehus in 2006, were carried out on maternal request. The women requesting a caesarean tended to be multipara with a previous caesarean and a negative delivery experience. Fear of childbirth was also often reported.</p> <p>The purpose of this paper is to describe the situation in which maternity care takes place, and if conditions concerning this could explain why women choose a caesarean. The question of inquiry is: How is the birth process understood and what impact does this understanding have on an increasingly caesarean rate?</p> <p>The paper is based on literature regarding birth care and a specific case. The starting point of the discussion is the current scientific approach to the birth process. In light of this, one case related to own research is discussed. The discussion also addresses the importance of a phenomenological approach to birth.</p> <p>Childbirth is a natural physiological phenomenon which women all over the world experience and have traditions to handle without any medical intervention. At the same time childbirth represents a great physiological change that can ultimately lead to serious diseases and death for both mother and child. It is important to know how today's maternity care is handled and understood. This provides a possibility to understand why women choose a caesarean. When the birth is overwhelmed by technology and intervention, the phenomenological approach is a critical corrective.</p>	
<b>Key words:</b> Maternity care, phenomenology, medicalization, caesarean section	

# REFLEKSJONSOPPGAVE

<b>1. INNLEDNING.....</b>	<b>27</b>
1.1 PRESENTASJON AV EGEN STUDIE .....	28
1.2 PROBLEMSTILLING .....	29
<b>2. LITTERATURDEL .....</b>	<b>30</b>
2.1 KEISERSNITT .....	30
2.2 FØDSELSPARADIGMET.....	31
2.2.1 <i>En medisinsk forståelse av fødselsprosessen</i> .....	31
2.2.2 <i>En fenomenologisk forståelse av fødselsprosessen</i> .....	32
2.3 MODERNITETSSAMFUNNET – DEN MODERNE MENTALITET .....	33
2.4 MEDIKALISERING.....	34
2.5 OPPFATNING AV ”BEGREPET” NORMAL FØDSEL .....	35
2.6 AUTONOMI OG SELVBESTEMMELSE.....	36
2.7 OMSORGSTEORI .....	37
2.8 JORDMOR .....	39
<b>3. DRØFTINGSDEL.....</b>	<b>42</b>
3.1 SITUASJONSBILDE FRA PRAKSIS .....	42
3.2 REFLEKSJONER RUNDT SITUASJONSBIDET. ....	43
3.3 HVORDAN FORSTÅS FØDSEL I LYS AV DAGENS FØDSELSOMSORG? .....	44

3.3.1	<i>Den medisinske- og fenomenologiske forståelse .....</i>	<i>44</i>
3.4	MEDIKALISERING AV DEN NORMALE FØDSEL .....	47
3.5	AUTONOMI OG SELVBESTEMMELSE .....	48
4.	<b>AVSLUTNING .....</b>	<b>49</b>



# 1. INNLEDNING

Temaet for refleksjonsoppgaven omhandler hvordan fødsel kan forstås og defineres. I de fleste vestlige industriland, med unntak av Nederland, forstås/betraktes fødsel først og fremst som et medisinsk anliggende (Haug, 1997). Denne måten å definere fødselen på blir bestemmende for hvordan fødselsomsorgen organiseres. I Norge utøves fødselsomsorgen i et offentlig helsevesen. Fødsel foregår på sykehus eller syke-/fødestuer, og kontrolleres av høyt utdannet medisinsk personell. Det er et politisk mål å beholde en fødselsomsorg hvor de fleste fødsler foregår på store og velutstyrte fødeavdelinger med døgkontinuerlig tilgang på gynekolog, anestesilege, barnelege og kirurg (Statens helsetilsyn, 1997). Det synes å være en stor oppslutning om den måten å forstå fødselen på, også blant de fødende selv (Statens helsetilsyn, 1999).

Norske jordmødre er opptatt av at for mange fødsler medikaliseres unødig. Den moderne teknologi gir mulighet for en aktiv inngripende holdning i fødselsprosessen. Det er et faktum at frekvensen av intervenerte fødsler øker og at definisjonen av den normale fødsel er i endring. "Jeg vil ha keisersnitt" er blitt en vanlig bestilling fra gravide kvinner. I løpet av 30 år har hyppigheten av keisersnitt økt fra 4 % i 1975 til 16,4 % i 2006 (Medisinsk fødselsregister, 2008). Det er ikke klart hva som har ført til økningen og det er ikke dokumentert at økte keisersnittsrater fører til helsegevinst. Imidlertid antas en del av økningen å kunne tilskrives selvbestemt keisersnitt/keisersnitt på grunn av mors ønske.

Hensikten med denne oppgaven er å belyse situasjonen fødsel foregår i og vurdere hvorvidt forhold ved den kan være av betydning for at kvinner velger å få utført keisersnitt når de skal føde sine barn. For å kunne gjøre en slik vurdering vil jeg klargjøre hva en medisinsk tilnærming til fødsel innebærer. På dette grunnlag

diskuteres et konkret situasjonsbilde relatert til egen studie. Diskusjonen vil også dreie seg om betydningen av en fenomenologisk forståelse til fødselsprosessen. Dette vil bli drøftet i forhold til den rådende medisinske forståelsen. Før jeg tar fatt på dette vil jeg gi en kort presentasjon av egen studie ”Keisersnitt på grunn av eget ønske”.

## 1.1 Presentasjon av egen studie

Den faglige bakgrunn for studien (”Keisersnitt på eget ønske”) var en stadig økende hyppighet av utførte keisersnitt i Norge. Keisersnittfrekvensen har de senere år vært økende i alle industrialiserte land og forårsaker bekymring blant helsepersonell. Spesielt keisersnitt foretatt uten medisinsk indikasjon på friske kvinner med normale svangerskap debatteres. Å ivareta den normale fødselsprosessen synes å være en av utfordringene i den perinatale omsorgen i Europa. I 1996 utarbeidet Verdens helseorganisasjon Europaavdelingens ti prinsipper for perinatal omsorg (WHO, 1996). Her anføres at omsorgen i det normale svangerskap og fødsel skal være demedikalisert. I dette ligger at den grunnleggende fødselsomsorg skal gis med kun de helt nødvendige inngrep. Norge har anerkjent disse prinsippene og helsevesenet har en sentral oppgave å se til at disse blir fulgt.

I lys av dette var studiens hensikt å undersøke det totale antall kvinner som hadde fått utført keisersnitt på grunn av eget ønske ved Kvinneklinikken, Ullevål universitetssykehus HF i studieperioden 1.1.2006 til 31.12.2006. Fokus i studien var alder, paritet, etnisitet, tidligere keisersnitt og bakgrunnsfaktorer for ønsket (registrert grunn for keisersnitt). Studien var en retrospektiv studie hvor data fra en lokal fødselsdatabase ble benyttet. Av de kvinner som fikk utført keisersnitt på grunn av eget ønske ble 149 kvinner inkludert, tilsvarende 12 % av det totale antall keisersnitt utført ved klinikken i studieperioden. Studien viste at de kvinner som ønsket keisersnitt var godt voksne, flergangsfødende og fra et vestlig land med et tidligere keisersnitt og en

dårlig fødselsopplevelse. Fødselsangst var også en hyppig nevnt bakgrunnsfaktor for ønsket om keisersnitt.

## 1.2 Problemstilling

På bakgrunn av studiens funn var det områder som ville være interessant å avklare nærmere i denne refleksjonsoppgaven. Det var forhold knyttet til selve situasjonen hvor dagens fødselsomsorg foregår. Problemstillingen er således formulert som følgende:

*Hvordan forstås fødselsprosessen og hvilken betydning har denne forståelsen for en økende keisersnittfrekvens?*

## 2. LITTERATURDEL

### 2.1 Keisersnitt

Keisersnitt har en forholdsvis kort historie i Norge. Det første rapporterte keisersnittet i Norge ble utført av dr Lars Thalian Backer i 1843 i Laurdal ved Holmestrand. Kvinnen var en 27 år gammel førstegangsfødende med tvillinger. Begge tvillingene var dødfødte, og moren døde knapt tre døgn etter keisersnittet. Inntil 1899 var det utført 26 keisersnitt i Norge, men bare 4 av mødrene overlevde, den første i 1899. Fra 1900 til 1930 ble det utført i alt 546 keisersnitt i Norge. I denne perioden minsket mødredødeligheten ved inngrepet fra 21 % til 8,6 %. Så sent som i 1950 var keisersnittfrekvensen bare 1,3 % og dødeligheten ved inngrepet 1,4 % (Børdahl & Hem, 2004). Med den nåværende operasjons- og anestesi teknikk og dagens kjennskap til væske- og elektrolyttbalanse og de mulighetene som antibiotika og tromboseprofylakse gir, har mortaliteten og morbiditeten ved keisersnitt sunket. Dette har medført at keisersnitt, så vel elektivt som akutt nå benyttes langt hyppigere enn tidligere (Øian, Børdahl, Øian, & Børdahl, 2003).

For tiden pågår en faglig diskusjon om bruk av keisersnitt i fødselsomsorgen. Det er ikke tvil om at keisersnitt er en nødvendig forløsningsmetode for noen fødsler. Men en stor andel av nedgangen i sykelighet og dødelighet hos nyfødte har ingen direkte sammenheng med økningen i antallet keisersnitt (Bergsjø, 2004). Det er nå bekymring for at keisersnittfrekvensen kan bli for høy. Selv om keisersnitt i dagens Norge er en forholdsvis sikker forløsningsmetode, er det likevel en metode som medfører større risiko og sykelighet hos mor og barn sammenlignet med en vaginal fødsel (Jackson & Paterson-Brown, 2001; Salam et al., 2006).

## 2.2 Fødselsparadigmet

Begrepet ”fødselsparadigmet” brukes for å beskrive at fødselsprosessen kan oppfattes på kvalitativt forskjellige måter. Vanligvis beskrives to ytterpunkter i forståelsen av fødselsprosessen; en medisinsk forståelse av fødselsprosessen og en fenomenologisk forståelse av fødselsprosessen.

### 2.2.1 En medisinsk forståelse av fødselsprosessen

Den medisinske forståelsen av fødselsprosessen bygger i hovedsak på medisinsk forskning som har et naturvitenskapelig forskningsideal og hvor man er opptatt av å redusere for å få fatt i regelmessigheter og sammenhenger. I denne tilnærmingen blir det lagt til grunn en sykdomsforståelse, der naturvitenskapelige begreper og teorier blir brukt for å beskrive og forklare sykdom. Den naturvitenskapelige kunnskapstradisjon fokuserer på objektive kjennsgjæringer og på individet og ikke personen. Ved å betrakte kroppen utenifra kan man lage modeller om dens prosesser og deretter sette konkrete midler og mål som fokus. Her er mennesket definert i fysiske, kvantitative og objektive størrelser, slik Descartes la grunnlaget for. Det fysiske målbare blir sett som gyldig kunnskap, mens kunnskap om kroppen med utgangspunkt i det erfarende og erkjennende subjekt blir ansett som irrelevant.”.... at i den grad de får komme til uttrykk spiller de bare en birolle som kilde til en skjult og antatt ”objektiv sannhet” om pasientens situasjon” (Lian, 2007, s 42).

Det er teknologisk genererte funn som diagrammer, kurver og bilder som står sentralt i den medisinske tilnærmingen. Samtale med og observasjon av gravide (føde-) kvinner blir i dag i stor grad erstattet med såkalte objektive sykdomstegn som viser seg gjennom anvendelse av en eller annen medisinsk teknologi. Disse sykdomstegnene blir ofte det helsepersonell retter sin oppmerksomhet mot, og dermed også vektlegger. Overgangen fra kommunikasjonsbaserte funn (samtale og observasjon) til teknologisk

genererte funn har en rekke implikasjoner både for fødselshjelper og kvinne og for relasjonen mellom dem.

Forståelsen av fødselsprosessen vil ut fra en medisinsk sykdomsmodell/naturvitenskapelig tenkning få konsekvenser for hvordan man betrakter føde kroppen. Blåka (2002) påpeker at en medisinsk tenkemåte i større grad betrakter naturen som en maskin og kroppen som et manipulerbart objekt. Sykdom blir begrenset til deler som står i kausal utveksling med hverandre og ikke til ubalanse i systemet som helhet. Det gjelder her å finne den defekte delen og sette den i stand. Forståelsen av fødekroppen blir i denne tilnærmingen fragmentert og organsentrert. Når kroppen studeres som en anatomisk-fysiologisk størrelse, som igjen deles opp i stadig mindre enheter, bygges det opp fragmentering og tingliggjøring av kroppen. Ved å omforme mennesker til objektive fakta, avbrytes den umiddelbare kontakten mellom mennesket og naturen (Råheim, 1997).

### **2.2.2 En fenomenologisk forståelse av fødselsprosessen**

En annen tilnærming enn den medisinske forståelsen av fødselsprosessen er en fenomenologisk tilnærming som har med hverdagsvirkeligheten å gjøre. Dette er en annen tenkemåte enn den som kjennetegnes av modeller, systemer og et vel utviklet begrepsapparat. Fenomenologien er opptatt av å beskrive fenomenene og deres innbyrdes forhold, det vil si at man beskriver og klargjør det alle vet og opplever, altså det elementære, men som er så nærliggende at det kan overses. Martinsen (2003a) sier at fenomenologien handler om å få fram det oversette, altså ikke det skjulte eller det som ligger bakom, men det som viser seg i og gjennom fenomenene selv. Hun sier videre at en fenomenologisk tilnærming retter seg mot det nære, velkjente og elementære, fordi det er i disse fenomenene man kan finne sammenhenger og tilstrebe en sammenhengforståelse.

Edmund Husserl (1859-1938) var den moderne fenomenologiens grunnlegger. Han påpeker at vi lever i et samfunn og en kultur der mennesket har glemt de livssammenhenger det lever i. Hans poeng er blant annet at mennesker er fremmede for den naturlige sanselige erfaringen av hverandre, som han ser på som grunnleggende. Martinsen (2003a) sier med henvisning til Husserl at fenomenologien har som siktemål å finne igjen vår egen meningssammenheng i det livet vi lever sammen med andre og som vi uttrykker gjennom våre kroppers sanselig og språklige nærvær med andre. Grunntanken i fenomenologien er at mennesket ikke er noe i seg selv, fordi man alltid forholder seg til noe og er ”vevd” sammen med andre mennesker.

I en fenomenologisk tradisjon vil fødsel bli betraktet som en avgjørende sosial hendelse i kvinnens liv. Fødselshjelper vil ut fra en forståelse om at slike naturlige livsbegivenheter både har orden og uorden, være forberedt på å møte så vel det hverdagslige som det dramatiske med et bredt kunnskapsregister. Et slikt utgangspunkt tas ut fra en grunnleggende forestilling om at dette er en del av livet som mennesket aldri har full kontroll over. Denne forståelsen fokuserer på det normale og ser på fødselen som en naturlig del av livet. I følge Blåka (2002) er det viktig å sette en ramme omkring det ventende forløp, at fødselshjelper tar i mot kunnskap fra kvinnen, er avventende og oppmerksom, er i forkant og har et godt overblikk. ”Begrep som trygghet, sikkerhet og risiko må finne sin forankring i et vidt kunnskapssyn som inkluderer fødekvinnens kunnskap, jordmors erfaringskunnskap og fødselsvitenskapelig kunnskap” (Sandvik, 1997, s 20).

## 2.3 Modernitetssamfunnet – den moderne mentalitet

Modernitetssamfunnet betegnes av Lian (2007) som et samfunn i forandring og omstilling. Særlig viktige forhold er en stadig voksende tro på fremskritt, vitenskap, eksperter og den instrumentelle rasjonalitet, en voksende utviklingsoptimisme og forventninger om økt velstand og velferd. Dette kan medføre at man har en tendens til

å tro at all erkjennelse er av vitenskapelig art. Flere oppgaver blir derfor overlatt til eksperter som bedriver teknisk rasjonell problemløsning med tiltak som har vitenskapelig legitimitet. Menneskets tro på den instrumentelle fornuft og deres evne til å få herredømme over naturen, samfunnslivet og egne skjebner synes å vokse i takt med at egen toleranse for livets usikkerheter synker. Forsøkene på å øke kontrollen og redusere usikkerheten skjer gjennom bevisste og målrettede tiltak som er muliggjort av vitenskapelige kunnskap og teknologi (Lian, 2007).

Modernitetssamfunnet hevdes å utgjøre det sosiokulturelle landskapet hvor folks helse- og sykdomsbilder formes i og av. "Dette landskapet skapes og formes i et fellesskap av samhandlende individer, samtidig som landskapet virker tilbake på sine skapere. Slik blir individene en del av kulturen, og kulturen en del av individene" (Lian, 2007,s 52).

## 2.4 Medikalisering

En definisjon av medikalisering er at helsesektoren ekspanderer og overtar mye av arbeidet som tidligere ble ivaretatt av familie og nettverk. Stadig "nye" problemer blir definert som medisinske og som resulterer i at tidligere ikke-medisinske tilstander inndras i det medisinske domene. Rent bokstavelig betyr begrepet «å gjøre medisinsk», men har også en noe videre betydning enn dette. Illich (1996) legger vekt på medikaliseringsprosessen og definerer medikalisering som en omfattende og sammensatt prosess som fører til en utstrakt bruk av medisinsk ekspertise og terminologi, slik at stadig større deler av folks liv defineres som relevant for medisinsk intervensjon og legges inn under helsetjenestens ansvarsområde.

I forhold til svangerskap og fødsler var medisinenes inngripen ubetinget positiv. Dødsrisiko ved fødsler ble redusert, infeksjoner behandlet og smerter lindret. Slik ble



medisinens rolle anerkjent og legitimert i forhold til alle fødsler, også de normale. Den moderne medisinen kontrollerer i dag kompliserte svangerskap og fødsler. Utviklingen har imidlertid ikke stanset med dette. I de siste tiårene har det i den vestlige verden vært en økende bruk av metoder for å starte, stimulere, regulere, overvåke og gripe inn i den fysiologiske fødselsprosessen. En annen definisjon er at medikalisering kan betegnes som en uhensiktsmessig bruk av inngrep, teknologi og/eller helsepersonell i fødselsomsorgen (Thomson, 2000). Eksempelvis får stadig flere kvinner gjort keisersnitt på eget ønske, uten at det er noen medisinsk indikasjon for inngrepet. Kvinner som er engstelig for fødselen, eller at hun av andre grunner ikke ønsker å føde blir kirurgisk behandlet. Keisersnitt kan være livreddende og i noen tilfeller bidra til å hjelpe kvinner gjennom en vaginal fødsel med psykisk helse i behold. Det er imidlertid når dette inngrepet tilbys friske kvinner uten for eksempel alvorlig fødselsangst, og at de regnes som en naturlig måte å føde på, at det inngår i det som kalles medikalisering av den fysiologiske prosessen (Blix & Øian, 2001).

## 2.5 Oppfatning av "begrepet" normal fødsel

Normal fødsel er ikke et begrep som det hersker enighet om. Verdens helseorganisasjon har laget det de kaller en arbeidsdefinisjon av den normale fødsel:

*"We define normal birth as: spontaneous in onset, low-risk at the start of labour and remaining so throughout labour and delivery. The infant is born spontaneously in the vertex position between 37 and 42 completed weeks of pregnancy. After birth mother and infant are in good condition" (WHO, 1996)*

I den norske læreboken "Obstetikk og gynekologi" defineres den normale fødsel slik:

*”Normal fødsel starter og avsluttes spontant, etter fullgått svangerskap, uten instrumenter, med ett levende barn i hode- eller issepresentasjon, etter en varighet på under 20 timer for førstegangsfødende og under 15 timer for annen- og flergangsfødende. Etterbyrden skal fødes hel, uten inngrep, og blødningsmengden hos mor etter fødselen skal ikke overstige 500 ml” (Bergsjø, 2004, s 165)*

WHO's definisjon av den normale fødsel fokuserer ikke på fødselens varighet. I den norske definisjonen beskrives derimot antall timer. Denne definisjonen kan knyttes opp mot dagens fødselsomsorg hvor den normale fødsel overvåkes og registreres.

Forståelsen av hva som oppleves som normalt er påvirket av samfunnsmessige og kulturelle faktorer. I år 2000 døde 529 000 kvinner som følge av svangerskap eller fødsel, 95 % av dødsfallene var i fattige land (WHO, 2004). Dette er med på å forme oppfatningen av hva som er normalt både hos fødselshjelperne og hos befolkningen generelt. Noen steder i verden er keisersnitt så utbredt at det sannsynligvis blir regnet som en normal måte å få barn på. En tredel av fødsler i Brasil foregår ved private sykehus hvor keisersnittfrekvensen er over 75 % (Diniz, Chacham, Diniz, & Chacham, 2004).

## 2.6 Autonomi og selvbestemmelse

Tranøy (2005) definerer ordet autonomi som selvstyre, selvbestemmelse og medbestemmelse. ”Autonomi-etikken” tilkjenner i følge Tranøy, modne og moralsk kompetente mennesker en rett til selvbestemmelse. ”Den som berøres av en beslutning og må leve med konsekvensene av den, bør også være med og ta beslutningen” er en regel som springer ut av autonomiprinsippet. Autonomi er en moralsk begrunnet selvbestemmelsesrett. For den alminnelige samfunnsborger innebærer denne rettighet, at personen har rett til å delta i avgjørelser som vedrører personens ve og vel.

Begrunnelsen for det er at personen selv også må leve med følgene av sine valg (Tranøy, 2005).

I henhold til både lovgivning og ideologi skal kvinnen bli hørt og få medvirke ved gjennomføring av behandling og pleie. I praksis sikres kvinnens deltagelse i fødselen via det informerte samtykke. Kvinnens deltagelse i fødselsprosessen er således begrunnet i at hun er en myndig person, som impliserer at hun kan ta ansvar for sitt liv. Kvinnens deltagelse i fødselsprosessen er viktig i beskyttelsen av hennes psykiske og fysiske integritet, samt illegitim maktutøvelse fra helsepersonell. Gravide har imidlertid ikke selv noen lovmessig rett til å bestemme om barnet skal fødes med keisersnitt. Autonomi prinsippet plasserer kun en begrenset del av beslutningsmyndigheten hos kvinnen, når det dreier seg om valget mellom vaginal fødsel og keisersnitt. Det er således legen som skal treffe avgjørelsen hvorvidt keisersnitt skal tilbys og vektlegge relevante faglige hensyn.

Noen vil imidlertid hevde at det å velge forløsningsmetode burde være en kvinneverett. Dette er det delte meninger om. De som har jobbet systematisk med kvinner med problemer som fødselsangst, mener at det å gjøre et keisersnitt ikke alltid er den beste metoden. Det går an å gi kvinner kontroll over fødesituasjonen uten å måtte ty til operasjon (Nerum, Halvorsen, Sørli, & Øian, 2006). Selv om forekomsten av skader i skjede og underliv ved vaginal fødsel er ukjent, vet man at de fleste kvinner greier å føde uten store komplikasjoner.

## 2.7 Omsorgsteori

Kari Martinsen (2003b) presenterer en omsorgsteori i sykepleie. Hun hevder at omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv. Omsorgens fundamentale

betydning er knyttet til det forhold at det mest grunnleggende i menneskets tilværelse er at mennesker er avhengige av hverandre. Mennesket kan ikke forstås eller betraktes isolert fra sine omgivelser. Hun mener at mennesket må forstås ut fra sin historiske og menneskelige kontekst. Omsorg er svaret på denne relasjonelle avhengigheten.

Martinsen fremhever tre aspekter av omsorg; Først er det et relasjonelt begrep som innbefatter forholdet mellom to mennesker, basert på en form for gjensidighet, felleskap og solidaritet. I hennes forståelse uttrykkes omsorg ved hjelp av en bestemt grunnholdning. Denne er preget av at omsorgsyteren anerkjenner den andre ut fra hans situasjon. I dette ligger en gjensidighet, utviklet gjennom samhandling i en praktisk arbeidssituasjon. Forståelse for den andres situasjon er en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt. Denne forståelsen vokser frem av felles erfaringer.

Videre er det et praktisk begrep som handler om utførelse av konkrete, situasjonsbestemte handlinger. Omsorgens handlinger vokser ut av den konkrete situasjonen og tilstanden som mottakeren befinner seg i. Martinsen understreker at handlingene er knyttet til det ikke-spesialiserte dagliglivets ”arbeid” og dets redskaper, og bygger på en helhetsforståelse av situasjonen. Det krever at spesialiseringen og oppdelingen av arbeidsoppgavene er minst mulig.

Til slutt er det et moralsk begrep. I hennes senere arbeider fremhever Martinsen betydningen av den moralske siden av omsorgen som blir overordnet de andre dimensjonene ved omsorg (Martinsen, 2003a). Hun sier at omsorg er knyttet til forhold mellom mennesker som er preget av makt og avhengighet, og at moral spiller en rolle i forvaltningen av denne makten og avhengigheten. Omsorg må bygge på moralsk ansvarlig maktbruk. Moralsk ansvarlig maktbruk må utøves i overensstemmelse med prinsippet om ansvar for de svakeste.

Martinsen understreker at sykepleiens fundamentale arbeidsform er fenomenologisk tydning. Hun sier: ” Skjønnets i sykepleien er en oppøvning i å stille seg åpen for det sanselige inntrykk. Det er videre en oppøvning ikke bare i å se, lytte og berøre klinisk, men i å se, lytte og berøre klinisk på en god måte. Ved at en lærer tydningens kunst kan det gode vokse frem for det er gjennom tydningen av livsytringene uttrykkes eller gis livsrom” (Martinsen, 2003a, s 147).

## 2.8 Jordmor

I dagens norske samfunn utøves fødselsomsorgen innen det offentlige helsevesenet, hvor legene er tillagt det medisinske ansvaret for fødsler. Både i de få gjenværende kommunale fødestuene og på de store regionsykehusene er jordmødrene underlagt en medisinsk ansvarlig lege. Ansvarsfordelingen mellom jordmor og lege er gitt blant annet i sykehusloven. Det innebærer at det er et politisk ønske at legene har det øverste ansvaret for fødselsomsorgen i Norge. Jordmødrene har likevel en stor grad av faglig autonomi, de har hovedansvaret for normale fødsler og selvstendig ansvar for å tilkalle lege ved behov.

I fagplanen til jordmorutdanningen står følgende definisjon av jordmor:

*”En jordmor er en person som har fullført og bestått landets offentlige jordmorutdanning, og har ervervet seg de foreskrevne kvalifikasjoner for å bli godkjent og eller autorisert til å utøve jordmorvirksomhet. Hun må være i stand til å yte den nødvendige overvåkning, omsorg og rådgivning til kvinnen i løpet av svangerskapet, fødselen og barseltid, til å lede fødsler på eget ansvar, til å ha omsorg for den nyfødte” (ICM, 2005)*

Jordmødre er definert som helsepersonell etter helsepersonelloven § 3 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Jordmødre omfattes av EØS avtalens sektordirektiv; i artikkel 4 heter det blant annet:

*”Medlemslandene skal påse at jordmødre minst har rett til å starte og utøve følgende virksomhet: (...) å pleie og bistå kvinnen under fødselen og overvåke fosterets tilstand i livmoren ved hjelp av egnede kliniske og tekniske hjelpemidler.*

I Verdens helseorganisasjons Europaavdeling ti prinsipper for perinatal omsorg (tabell 5) fremgår det at fødselsomsorgen skal involvere jordmødre og organiseres etter prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå (WHO, 1996). Det har ingen dokumentert nytteverdi å involvere fødselsleger i alle fødselsforløp. Det er vist at kvinner som har en støtteperson sammen med seg under hele fødselsforløpet, sjeldnere var i behov av smertelindring, keisersnitt og operative vaginale forløsninger sammenlignet med kvinner som ikke hadde støtteperson sammen med seg (Hodnett et al., 2007).

Tabell 5. Verdens helseorganisasjons Europaavdeling sine ti prinsipper for perinatal omsorg

- 1. Demedikalisering av normale fødsler.** I dette ligger at den grunnleggende fødselsomsorgen gis med kun de helt nødvendige inngrep, og med minst mulig bruk av teknologi.
- 2. Hensiktsmessig bruk av teknologi.** Bruk av avansert og komplisert teknologi bør ikke rukes der enklere prosedyrer vil fungere like bra eller bedre.
- 3. Kunnskapsbasert.** Omsorgen bør være basert på beste tilgjengelige kunnskap, fortrinnsvis kunnskap fra randomiserte studier der det er hensiktsmessig.
- 4. Desentralisert.** Omsorgen bør være desentralisert, og organisert etter prinsippet om lavest effektive omsorgsnivå, med utgangspunkt i primærhelsetjenesten med henvisningsmuligheter til spesialisthelsetjenesten.
- 5. Tverrfaglig.** Omsorgen bør være tverrfaglig, og involvere helsearbeidere som jordmødre, obstetrikere, neonatologer, sykepleiere, samt fødselspedagoger og samfunnsvitere.
- 6. Helhetlig.** Omsorgen bør omfatte hele mennesket; de intellektuelle, følelsesmessige, sosiale og kulturelle behov kvinnene, barna og familiene har, ikke bare deres fysiske behov.

**7. Familiefokusert.** Omsorgen bør rettes inn for å møte behovene ikke bare for kvinnen og barnet, men også for kvinnens partner og for deres familie/venner.

**8. Kulturtilpasset.** Omsorgen bør vurderes og tilpasses ut fra hva som passer best i den kulturelle sammenhengen den gis.

**9. Medbestemmelse.** Kvinner bør involveres i beslutningsprosessene.

**10. Respekt.** Omsorgen bør avspeile respekt for kvinnens privatliv og hennes integritet og retten til konfidensiell behandling.

---

Oversatt fra engelsk ved Den Norske Jordmorforening

### 3. DRØFTNINGSDDEL

#### 3.1 Situasjonsbilde fra praksis

Da jeg arbeidet med min studie ”keisersnitt på grunn av eget ønske”, gjennomgikk jeg journaler til kvinner som hadde fått utført keisersnitt på grunn av eget ønske.

Eksempelet som følger er en kort beskrivelse av sentrale trekk ved disse journalnotatene.

*Andregangsfødende kvinne henvist for vurdering/planlegging av forløsningsmetode. Tidligere frisk. Normal fødsel i 2004. Hun opplevde forrige fødsel svært traumatisk. I følge journal fremkommer forrige svangerskap og fødsel som ukomplisert, med en spontan fødsel av et friskt barn til termin. Kvinnen selv forteller om en opplevelse fylt av smerter, angst og hjelpeløshet. Hun opplevde fødselen som svært langvarig med manglende støtte av helsepersonellet som var til stede. Under fødselen revnet hun relativt mye, men det foreligger ingen journalnotater, så grad av rift er usikkert. Det forelå sannsynligvis ikke totalruptur (sphincterruptur). Hun slet med smerter i underlivet i 3-4 mnd etter fødselen, og var til dels immobil.*

*Det foreligger ingen indikasjon for å anbefale keisersnitt på bakgrunn av tidligere rifter. Den medisinske anbefaling er vaginal fødsel, og kvinnen informeres om risikofaktorer ved et eventuelt keisersnitt. Kvinnen er svært bestemt på keisersnitt. Hun avslår tilbud om GAIA samtaler (fødselsforberedende samtaler med jordmor). På bakgrunn av kvinnens tidligere dårlige fødselsopplevelse innvilges keisersnitt. Det avtales tid for planlagt keisersnitt.*



### 3.2 Refleksjoner rundt situasjonsbildet.

Det denne situasjonen beskriver er at kvinnens tidligere dårlige fødselsopplevelse i hovedsak blir oppfattet som et medisinsk anliggende, som legen og hans behandlingsmetoder kan løse. En tidligere dårlig fødselsopplevelse, med dertil hørende frykt og engstelse for forestående fødsel er bakgrunn for kvinnens ønske om keisersnitt. Min påstand er at legen i hovedsak bruker medisinsk fagkunnskap i sin forståelse av kvinnens situasjon. Det er denne fagkunnskapen som danner grunnlaget for legens praksishandling. Ved å tilby keisersnitt "fjernes" kvinnens engstelse for det ukjente. I en slik oppfatning betraktes engstelse som unormalt, et område som legevitenskapen forventes å behandle med kirurgi.

En forklaring på legens tilnærming til kvinnen kan være det mekanistiske menneskesynet som somatisk medisin vanligvis representerer. Kari Martinsen (2003a) sier at "det sitter i veggene". Både livstolkninger, kunnskap og makt sitter i veggene og påvirker personene i rommet. Sykehuskulturen rommer således oppfatninger om livet, sykdom og død. I følge Martinsen er sykehusene blitt bærere av en livstolkning med et funksjonalistisk menneskesyn, hvor man reduserer mennesket til sykdom. I en slik kultur kan fenomener som fødselsangst, når det tas ut fra den totale sammenheng, lett bli redusert til et teknisk anliggende. Eksempelvis vil de fleste oppleve sorg som en naturlig reaksjon på traumatiske opplevelser og frykt som en naturlig reaksjon på store utfordringer, slik glede er en naturlig reaksjon på positive opplevelser. For å legitimere medisinske tiltak i forhold til naturlige følelser må frykten og engstelsen defineres som patologisk, unormalt og uønsket.

I situasjonsbildet ønsker kvinnen et keisersnitt. Kvinnens preferanse oppfattes som en bestilling, fordi hun muligens mener å kunne påberope seg et valg mellom keisersnitt og vaginal fødsel. Kvinnens syn er sannsynligvis påvirket av samfunnets syn hvor medbestemmelse og respekt for kvinnens autonomi er høyt respekterte verdier. Når

kvinnen avskriver enhver kontakt med et fødselsforberedende samtaleteam, kan dette ha sammenheng med at hun har en oppfatning av at hun skal overtales eller presses til å gjennomføre en vaginal fødsel. Dersom dette er tilfellet er kvinnen dårlig informert. Lov om pasientrettigheter understreker kvinnens krav på informasjon når det gjelder ulike behandlingsmetoder. Undersøkelser viser at psykisk støtte til disse kvinnene kan redusere antallet ikke medisinske keisersnitt og frykten for fødselen (Waldenstrom, Hildingsson, & Ryding, 2006). En norsk studie undersøkte sammenheng mellom ”mors ønske” om keisersnitt, fødselsangst og samtaleterapi (Nerum et al., 2006). Studien konkluderte med at psykologisk intervensjon reduserte antallet ikke medisinske keisersnitt.

### 3.3 Hvordan forstås fødsel i lys av dagens fødselsomsorg?

#### 3.3.1 Den medisinske- og fenomenologiske forståelse

Svangerskap og fødsler er et område der medisinen de siste 25 årene har opplevd en teknologisk revolusjon. Innføring av hygienisk fødselshjelp, kvalifisert jordmortjeneste og mulighet for keisersnitt, blodoverføring og antibiotika har reddet mange mødre og barn fra å dø. De fleste kvinner føder i dag sine barn på velutstyrte fødeavdelinger, med tilgang til avansert teknologi og behandlingsmetoder. Ulike medikamentelle behandlingsformer kan gis for å påvirke fødselens forløp. Smerte i forbindelse med fødsel kan reduseres ved hjelp av medisiner. Fødselsforløpene overvåkes og registreres, også de normale. Friske kvinner med normale svangerskap forløses med keisersnitt.

Den naturvitenskapelige tilnærmingen er dominerende i dagens fødselsomsorg (Blåka, 2002). Her blir kroppen betraktet som om at den er i stand til å feile på ethvert tidspunkt. En risikofokusering, eller verstefallstenkning forskyver oppmerksomheten fra det vanlige og hverdagslige til det mer dramatiske, akutte og faretruende ved et fødselsforløp. For fødselshjelper og fødekvinne blir hovedmålet å gardere seg mot det som i verste fall kan skje (Haug, 1999). I en slik tilnærming blir fødselsomsorgen skjøvet opp på et avansert behandlingsnivå. Teknologi og behandlingsmetoder som egentlig var tenkt for de sjeldne tilfellene, eller brukt på indikasjon rettferdiggjøres ut fra kravet om å sikre seg. Overvåkningsutstyr og keisersnittets inntog i den normale fødselsprosessen illustrerer dette.

I situasjonsbildet blir frykt og engstelse tatt ut av situasjonen og omgjort til et medisinsk anliggende som behandles med keisersnitt. Ved å fragmentere kroppen har medisinen vunnet mye kunnskap om kroppen som er til nytte i bekjempelse av sykdom og død. Medisinsk kunnskap og teknologi hevdes samtidig å ha bidratt til å grunnfeste tenkningen om kroppen som atskilt fra følelsesliv, livshistorie og livssammenheng (Råheim, 1997). Mens legen konsentrerer seg om kroppen som et klinisk objekt, opplever kvinnen sin sårbarhet i forhold til den umiddelbare opplevelsen av den angst og engstelse som graviditeten medfører. Martinsen (2003a) sier at omsorg er nestekjærlighet hvor fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre. Hun skiller ikke mellom det kroppslige og åndelige, men ser mennesket som en helhet. Videre mener hun at omsorg er det mest grunnleggende for menneskets tilværelse og at vi er avhengige av hverandre. Dette samsvarer med den fenomenologiske tilnærmingen Blåka (2002) argumenterer for: Å møte enhver fødselssituasjon med et bredt kunnskapsregister, se mulighetene og utfordringene i den, være beredt til å kunne takle det stormende der og da. Sakene (fenomenene) må selv få komme til uttrykk, forutsetningsløst og fordomsfritt, før det dannes meninger, teorier og tolkninger. Dermed kobles subjekt og objekt sammen.

I en fenomenologisk forståelse (tilnærming) vil legen ta utgangspunkt i kvinnens kroppslige opplevelse og erfaring, for deretter å sette disse inn i en diagnostisk sammenheng og på den måten komme i dialog med kvinnen. Ut fra et slikt utgangspunkt handler det ikke bare om å gi en objektiv beskrivelse av kvinnens frykt for så å behandle dette bort med et kirurgisk inngrep. I stedet dreier det seg om å gå inn i en samhandling med utgangspunkt i kvinnens fødselsopplevelse, slik at kvinnen kan finne en kroppslig balanse. I en slik samhandling vil legens forståelse veves sammen med kvinnens erfaringer og hennes levde liv. Legen vil på denne måten måtte forstå meningen med frykten ut fra kvinnens opplevde "livsverden".

De fleste kvinner opplever fødsel som en høyst personlig hendelse i livet som kan oppleves mirakuløs, åndelig, traumatisk og være full av uforglemmelige følelser. Dermed fremstår ikke fødsel, som i den medisinske tilnærmingen, bare som en medisinsk hendelse, men også som en psykologisk, sosial og eksistensiell hendelse. Fødselens grensesprengende karakter gjør den til en hendelse som markerer endringer i livet og kan sette dype spor. Mange kvinner kan i flere år etter egne barnefødsler gjens fortelle detaljerte hendelser. Det er gjerne svært personlige opplevelser som berører kvinnen som menneske. I en fenomenologisk forståelse er kvinnen til stede med en sansende kropp som fornemmer graviditetens stadier og som prøver å uttrykke dette gjennom ulike kroppsuttrykk. For å møte kvinnen vil fødselshjelper aktivt ta i bruk egne sanser, være i dialog med kvinnen samt kombinere dette med medisinsk fagkunnskap. Ut fra denne innfallsvinkelen vil frykt og engstelse for en kommende fødsel ikke være noen sykdom som nødvendigvis skal behandles med keisersnitt, men er heller et signal på en endring som er i anmarsj. Disse endringene kan påvirke kvinnen positivt eller negativt. Utgangspunktet blir å identifisere denne unike kvinnens behov og ønsker i svangerskapstiden, både under fødselen og i tiden etterpå.

### 3.4 Medikalisering av den normale fødsel

Den medisinske tilnærmingen viser seg i praksis gjennom medikalisering av fødselshjelpen. I følge Lian (2007) er det en tendens i dagens medisin til å definere kroppens naturlige prosesser som noe som krever medisins oppmerksomhet. Når den moderne teknologi og behandlingsmuligheter griper inn i den normale fødselsprosessen, vil tilstander som tidligere ble definert som normale i dag bli oppfattet og behandlet som sykdom. Det som før var normalt er i dag unormalt, det som før var friskt er i dag sykt. Ta situasjonsbilde hvor det utføres keisersnitt på grunn av uønskede følelser og engstelse. Keisersnittet får ikke bare ”konsekvenser” for kvinnens kropp. Det påvirker også folks syn, ikke bare på hva helse og sykdom er, og hvilke plager som skal behandles, de påvirker vårt syn på hva vi bør trakte etter. Og de påvirker våre holdninger til normalitet og sykkelighet. Jo flere kvinner som får utført keisersnitt uten medisinsk indikasjon, jo mer næring gis til kulturelle normer som sier at keisersnitt er en normal måte å føde på.

I denne sammenheng spiller massemedia en vesentlig rolle. Fødselshistorier, erfaringer og opplevelser selger både i aviser, ukeblader og fjernsyn. Gjennom den informasjonen de formidler, har massemediene stor påvirkningskraft når det gjelder folks oppfatninger av hva som er normalt og hvordan kvinner skal føde sine barn. I mye av den informasjonen som formidles ligger det blant annet et budskap som formidler risikofokusering. Gravide kvinner blir kontinuerlig konfrontert med ulike fødselshistorier hvor svikt i rutiner/behandling har resultert i sykdom og død. Det er klart at dette er med på å forme folks oppfatning av hva som er normalt og hvordan man ønsker å føde sitt barn. I et leserinnlegg i en av landets største aviser står det å lese: ”Enhver kvinne skal få velge hvordan de vil sette sine barn til verden. Vi lever ikke på huleboerstadiet der fødsel i smerte er eneste alternativ” (Aftenposten 16.8.2006).

### 3.5 Autonomi og selvbestemmelse

De siste årene har det vært en debatt om kvinners rett til å velge forløsningsmetode (Backe, Heggstad, & Lie, 2003). Gravide kvinner som ber om keisersnitt, er friske kvinner som har loven og samfunnsutviklingen i ryggen når de krever å bli hørt om hvordan de vil føde sitt barn. Det er en profesjonell utfordring for legene å balansere kvinnens ønske om keisersnitt og ansvaret for at valget ikke er medisinsk uforsvarlig. For keisersnitt og den vaginale fødsel er nemlig ikke å betrakte som likestilte goder som kvinnen kan velge mellom. Den vaginale fødsel er den normale i den forstand at den følger svangerskapets fysiologi. Keisersnitt er derimot forbundet med flere komplikasjoner og er nødvendigvis ikke et uskyldig inngrep. Keisersnitt krever derfor en særskilt begrunnelse, nemlig den at en vaginal fødsel er forbundet med større risiko for mor eller barn enn et keisersnitt. Foreligge ikke en slik risiko kan kvinnen fremsette et ønske om keisersnitt. Et slikt ønske pålegger imidlertid ikke fødselshjelper en plikt til å imøtekomme ønsket, men det er sannsynlig å tro at kvinnens ønske veier tungt når beslutningen om valg av forløsningsmetode skal tas.

De fleste kvinner ønsker imidlertid å føde vaginalt (Hildingsson, Radestad, Rubertsson, & Waldenstrom, 2002). "Women's accounts of birth often describe feelings of empowerment, elation and achievement, particularly following vaginal birth without medical interventions" (Gaskin IM, 2003, s 22). Med bidrag fra den moderne fødselspsykologien kommer fødsel som en genuin opplevelse i kvinnens liv i fokus. Psykologisk forskning dokumenterer videre at kvaliteten på kvinnens fødselshjelp kan være avgjørende for hvordan hennes eget liv og hennes forhold til barnet kan arte seg senere i livet (Brudal, 2000). Det er viktig å unngå at kvinner opplever vaginal fødsel som et traume. Ikke nødvendigvis alle skal føde vaginalt. Det er heller ikke noe mål. Derimot har alle gravide kvinner en rett til å motta informasjon, oppfølging og omsorg som er i overensstemmelse med beste tilgjengelige kunnskap (WHO, 1996). Dette innebærer at unødvendige og ineffektive tiltak må unngås.

## 4. AVSLUTNING

Fødselshjelpen er i konstant bevegelse. Da Lars Thalian Backer forsøkte å redde mor og barn i 1843 var den tragiske utgangen gitt. I dag er planlagt keisersnitt et rutineinngrep, riktignok ikke uten risiko og komplikasjoner. Det er blitt stadig vanligere at friske gravide kvinner med normale svangerskap velger å føde sine barn med keisersnitt. Den normale fødsel er i endring. For 20 år siden lagde en perinatal studiegruppe i Verdens helseorganisasjon Europaavdelingen en rapport om fødselsomsorgen i Europa (WHO, 1985). De skrev at de fleste helsearbeidere ikke lenger vet hva en ikke medikalisert fødsel er, og at den moderne medisinen er basert på observasjoner av den medikaliserte fødsel. Det er klart at dette er med på å forme folks forståelse av den normale fødsel.

Jeg har nevnt to syn på fødselsomsorg i Norge; Den naturvitenskapelige tenkemåten, som er den dominerende, og en fenomenologisk tilnærming. Det er viktig å få tak på hvordan dagens fødselsomsorg blir håndtert og forstått. Dette gir mulighet til å forstå at medisinske begreper ”normalitet” og ”sykelighet” ikke er objektive sannheter, men begreper som er påvirket av samfunnet. Det gir også mulighet til å forstå at dagens utvikling med hensyn på et stadig økende antall keisersnitt, kan være et resultat av blant annet samfunnets forståelse og håndtering av fødselsprosessen. Når den fysiologiske fødselsprosessen overmannes av teknologi og inngripen er den fenomenologiske tilnærmingen et kritisk korrektiv. Ut fra denne tenkemåten blir det fokusert på det relasjonelle, på møtet mellom fødselshjelper og kvinnen.

Med utgangspunkt i WHOs retningslinjer; Omsorgen skal gis med kun de helt nødvendige inngrep, og med minst mulig bruk av teknologi, er det en utfordring å ivareta det genuint naturlige og unngå fremmedgjøring i en av de mest intime aktene i

kvinnens liv; fødselen. En fødsel er et naturlig fysiologisk fenomen som kvinner over hele verden har erfaring med, og tradisjoner for å takle uten medisinsk kompetanse. Men det er samtidig også en stor fysiologisk endring i kroppen, og en enorm påkjenning som kan føre til alvorlige sykdommer og død for mor og barn. Slik jeg ser det må fødekvinnen få tre frem, hennes liv og hennes erfaringer må forstås, med de relasjoner hun har inngått i og er en del av. I tillegg til dette kan den medisinske tilnærmingen til fødselsprosessen være med på å kaste ytterligere lys over kvinnens situasjon.



## KILDELISTE

- Backe, B., Heggstad, T., & Lie, T. (2003). [The epidemic of Caesarean section: has it reached Norway?]. [Norwegian]. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening.*, 123, 1522-1524.
- Bergsjø, P. (2004). *Obstetrikk og gynekologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Blåka, G. (2002). *Grunnlagstenkning i et kvinnefag: teori, empiri og metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Blix, E. & Øian, P. (2001). Labor admission test: an assessment of the test's value as screening for fetal distress in labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80, 738-743.
- Børdahl, P. E. & Hem, E. (2004). [Changes in Norwegian obstetric practices, 1915-1961]. [Norwegian]. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening.*, 124, 3231-3234.
- Brudal, L. F. (2000). *Psyriske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforl.
- Diniz, S. G., Chacham, A. S., Diniz, S. G., & Chacham, A. S. (2004). "The cut above" and "the cut below": the abuse of caesareans and episiotomy in Sao Paulo, Brazil. [Review] [59 refs]. *Reproductive Health Matters*, 12, 100-110.
- Gaskin IM (2003). *Ina May's guide to childbirth*. New York: Bantam Dell.
- Haug, B. (1997). *Modernitet - epoke eller erfaring?: en analyse av endringene i fødselsomsorgen*. [B. Haug], Troms+©.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999). *Lov om helsepersonell* Oslo.

Hildingsson, I., Radestad, I., Rubertsson, C., & Waldenstrom, U. (2002). Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109, 618-623.

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Hodnett, E. D., Gates, S. et al. (2007). Continuous support for women during childbirth.[update of Cochrane Database Syst Rev. 2003;(3):CD003766; PMID: 12917986]. [Review] [48 refs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD003766.

ICM (2005). Internasjonal definisjon av jordmor. Den Haag: International Confederation of Midwives [On-line]. Available: [http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan\\_for\\_jordmorutdanning\\_05.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_for_jordmorutdanning_05.pdf)

Illich, I. (1996). *Medisinsk nemesis*. Oslo: Pensumtjeneste.

Jackson, N. & Paterson-Brown, S. (2001). Physical sequelae of caesarean section. [Review] [65 refs]. *Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 15, 49-61.

Lian, O. S. (2007). *Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforl.

Martinsen, K. (2003a). *Fenomenologi og omsorg: tre dialoger*. Oslo: Universitetsforl.

Martinsen, K. (2003b). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. [Oslo]: Universitetsforl.

Medisinsk fødselsregister (2008). Årstabeller. <http://uib.no/mfr/tabellverk/aarsmelding/> [On-line].

Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T., & Øian, P. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*, 33, 221-228.

Øian, P., Børdahl, P. E., Øian, P., & Børdahl, P. E. (2003). [Increased number of Cesarean sections--an improvement or a problem?]. [Norwegian]. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 123, 1498.

Råheim, M. (1997). Forståelse av kroppen som fenomen. In H. Alsvåg, E. Andersen, E. Gjengedal, & M. Råheim (Eds.), *Kunnskap, kropp og kultur* (Oslo: ad Notam Gyldendal).

Salam, M. T., Margolis, H. G., McConnell, R., McGregor, J. A., Avol, E. L., & Gilliland, F. D. (2006). Mode of delivery is associated with asthma and allergy occurrences in children. *Annals of Epidemiology*, 16, 341-346.

Sandvik, G. B. (1997). *Moderskap og fødselsarbeid: diskurser i reproduktivt arbeid*. Bergen-Sandviken: Fagbokforl.

Statens helsetilsyn (1999). *Legkvinnekonferansen om fødsels- og barselomsorgen. IK-2691*.

Statens helsetilsyn (1997). *Faglige krav til fødeinstitusjoner. IK-2562*.

Thomson, A. (2000). Is there evidence for the medicalisation og maternity care? *MIDIRS*, 416-420.

Tranøy, K. E. (2005). *Medisinsk etikk i vår tid*. Bergen: Fagbokforl.

Waldenstrom, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113, 638-646.

WHO (1985). *Having a baby in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (1996). *Care in normal birth: a practical guide* Geneve: World Health Organization.

WHO (2004). *Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Geneva: World Health Organization.